

Suizidalität im Nationalsozialismus

Hahn, Susanne; Schröder, Christina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hahn, S., & Schröder, C. (1992). Suizidalität im Nationalsozialismus. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 16(2), 81-101. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266532>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Susanne Hahn & Christina Schröder

SUIZIDALITÄT IM NATIONALSOZIALISMUS

Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts war der Suizid zu einer gesellschaftlichen Erscheinung geworden, die während der Weltwirtschaftskrise bis 1933 erneut einen Höhepunkt erreicht hatte (s. Tab. 1) und „jenseits von jeder gefühlsbetonten Einstellung auch einer wissenschaftlichen Erfassung auf etwaige Gesetzmäßigkeiten“ (Loewenberg 1932, S. 257) bedurfte. Jährlich nahmen sich auf der Welt ca. 100.000 Menschen das Leben, so daß die Zahl der Selbstmörder für das erste Drittel des 20. Jahrhunderts auf insgesamt 10 Millionen geschätzt wurde – eine Zahl, die Rost (1932a) mit der der im ersten Weltkrieg gefallenen Soldaten verglich.

Im folgenden soll von der Suizidalität als individuellem Schicksal in seiner psychologischen Dimension weitgehend abstrahiert und die politische Komponente (Pohlmeier 1980) untersucht werden, wie sich der objektive Trend während des Dritten Reiches gestaltete und welche Wertung und Strategien die nationalsozialistische Führung im Umgang damit entwickelte.

1. Suizidalität vor 1933: Wertungen zwischen gesellschaftlicher Anklage und politischen Zielstellungen

Während christliche Urteile aus früheren Jahrhunderten gegen den Selbstmord und den betroffenen Menschen praktisch und in der moralischen, juristischen und politischen Einschätzung weitgehend überwunden waren, setzte sich die Auffassung durch, den Selbstmord als Ausweg in hoffnungslos erlebten Situationen, als große seelische Not zu begreifen, die kaum durch eigene Schuld, sondern durch psychische Krankheit, existentielle Sorgen und/oder nicht zu verkraftende Diskrepanzen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Wertsystemen verursacht wären. Der Selbstmörder mit einer individuellen psychophysischen Konstitution galt als den komplizierten Anforderungen des Lebens unterlegen. Daraus polarisierten sich zwei wertende Grundauffassungen, die eine, in der er zum unschuldigen „Opfer im Kampf ums Dasein“ (Bevenot 1932) wurde, dem zu helfen aus verschiedenen Motiven und mit unterschiedlichen Mitteln (bis hin zu versicherungsrechtlichen Konsequenzen)

(Rost 1927, S. 210-216) Gebot sei. Die andere rückte das Versagen von „Kränklingen und Schwächlingen“ (Mann 1920, S. 32) in den Mittelpunkt, wobei „Versagen“ sowohl biologisch determiniert als auch reaktiv begründet wurde (Hahn 1991b).

Beide Richtungen erfuhren bis 1933 differenzierte Ausprägungen, wobei eine realitätsgerechte Abbildung der tatsächlich existierenden komplizierten Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt in der Verursachung eines Suizids keiner von beiden gelang. Die erste Auffassung klagte vor allem die herrschenden, sich dem Menschen entgegenstellenden gesellschaftlichen Verhältnisse an. Sie war politisch sehr different intendiert. So diente sie als Untermauerung für eine religiös verstandene Restauration, gegen den Marxismus und Bolschewismus sowie dem Kampf gegen den Versailler Vertrag (Rost 1932a), stützte aber auch sozialistische Forderungen nach revolutionärer Umgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse (Bebel 1979, S. 84).

Das Ausmaß der Suizidalität wurde zum Maßstab für den Humanitätsgrad einer Gesellschaft erklärt. Dem Selbstmord als Massenerscheinung zu begegnen, galt als ebenso wichtig wie der Kampf gegen Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten oder Krebs. (Rost 1932a) Gegen Ende der Weimarer Republik entstanden aus solchen Gedankengängen heraus Ansätze einer organisierten Suizidprophylaxe. (Lebenshilfe 1932, Troschke 1932) Dabei trafen sich Motivationen christlicher Nächstenliebe, jüdischen Wohlfahrtsstrebens, allgemeiner Mitmenschlichkeit, marxistischer Solidarität bis hin zu biologistischen-ökonomistischen Intentionen, diese „krankhafte Erscheinung am Körper der kultivierten Menschheit“ (Rost 1932a, S. 5) heilen, auf den durch Suizide bedingten Bevölkerungsschwund nicht verzichten und einzelne Menschen auch bei Selbstmordneigung noch zu einem „brauchbaren arbeitsfähigen Glied

Tabelle 1: Suizidalität in Deutschland

Jahr	1920 ¹	1926 ¹	1927 ¹	1928 ¹	1929 ¹
Suizide auf 100.000 Einwohner	21,7	26,2	25,3	25,2	26,1

Jahr	1930 ²	1931 ²	1932 ²	1933 ²	1940 ³
Suizide auf 100.000 Einwohner	27,8	28,3	29,2	28,7	21,0

des Volkes“ (Loewenberg 1932, S. 262) entwickeln zu können. Die andere Grundrichtung betonte die Versagenskomponente als Voraussetzung der Selbsttötung.

Parallel zur Abwertung all jener, die keinen biologischen und/oder ökonomischen Nutzen zu erbringen vermochten, wurde bereits vor dem ersten Weltkrieg, vor allem in den Reihen des Monistenbundes, die Forderung des Rechtes zur Tötung auf Verlangen unheilbar Kranker durch Ärzte artikuliert, die trotz aller weiteren Diskussionen während der Weimarer Republik keinen juristischen Niederschlag fand – die Tötung auf Verlangen von Kranken blieb ein strafbares Delikt. (Hahn & Thom 1983, S. 105-106)

Barg diese Forderung nach „Recht auf den Tod“ bei aller letztlich zugrundeliegenden gesellschaftlichen Abwertung für die Betroffenen in ihrer problematischen Situation jedoch noch eine gewisse Selbstbehauptung, noch eine frei erscheinende aktive Willensentscheidung in sich und konnte damit auch eine gesellschaftliche Appellfunktion realisieren, radikalisierte sich die Abwertung kranker und geschädigter Menschen im Gefolge des ersten Weltkrieges dahingehend, daß die Betroffenen dieser individualitätsbehauptenden Möglichkeiten theoretisch beraubt werden sollten, indem man sie als Ballastexistenzen ermorden wollte oder aus dem Recht zur Tötung mit Hilfe eines Arztes die Pflicht zum Selbstmord ableitete: 1920, im selben Jahr, in dem Binding und Hoche (1920) für die Freigabe der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ plädierten, erschien die Schrift des unter dem Pseudonym Ernst Mann publizierenden Jenenser Biologen Gerhard Hoffmann, der unter der Losung „Vernichtet alle Kranken und Schwächlinge!“ (Mann 1920, S. 43) nun die Pflicht zur Selbsttötung einforderte. Nachdem jedes Lebensrecht von vornherein absolut verneint wurde, die als „minderwertig“ Identifizierten juristisch und moralisch Freiwild werden sollten, wertete man sie mit dem Akt der Selbsttötung zugleich in perverser Form auf. Die auf diese Weise festgelegte Bedeutung des Selbstmords als Pflicht und Ehre nahm ihnen gezielt die Möglichkeit, stummer Ankläger und Richter gegen die Gesellschaft zu sein oder Mitleid in Anspruch nehmen zu können: „Selbstmord ist die einzige Heldentat, die Kränklingen und Schwächlingen übrig bleibt. Jeder, dem es zu Bewußtsein kommt, daß er an einer chronischen Krankheit leidet ... , soll seine letzte Willenskraft zusammennehmen, um sich von der Last seines Lebens durch den freiwilligen Tod zu befreien, und wäre es durch konstante Nahrungsverweigerung, wenn er sonst aller anderen Mittel zum Selbstmord beraubt ist. Für jeden Schwächling und Kränkling, für jeden mit chronischer oder vererbbarer Krankheit oder mit

Verkrüppelung Behafteten ist Selbstmord heiligste Pflicht sich selbst und seinen Mitmenschen gegenüber.“ (Mann 1920, S. 46)

Gleichzeitig wurde mit dieser Nötigung zum Selbstmord eine sich selbst erfüllende Prophezeiung kalkuliert und eine weitere moralische Rechtfertigung für die derartige Selbstopfer fordernden Wissenschaftler und Politiker eingebaut: Im wesentlichen nahmen sich nur „Versager im Kampf ums Dasein“ das Leben. Wer also den ihm angeblich schicksalhaft vorgezeichneten Selbstmord beging, bewies damit nachträglich seine Zugehörigkeit zu dieser Gruppe der psychisch, physisch oder sozial Schwachen. Damit beinhaltete das sich nach dem ersten Weltkrieg profilierende Konzept eines Euthanasieprogramms die Tötung auf Verlangen, die Pflicht zum Selbstmord und den Mord von Menschen, deren Leben als unnütz und unwert charakterisiert wurde. Dieser theoretische Zusammenhang wurde bereits in der Weimarer Republik reflektiert und heftig kritisiert, z. B. in einer von Radbruch referierten juristischen Dissertation (Mehrmann 1933; vgl. Rost 1927, S. 202-207) oder auch von der Kommunistischen Reichstagsfraktion (Handbuch der kommunistischen Reichstagsfraktion 1932, S. 119). Brennpunkt dieser Kritik, die bis 1933 eine Realisierung des Euthanasiegedankens in Deutschland verhindern konnte, war in Bezug auf den Suizid neben politischen und juristischen Argumenten vor allem die Tatsache, daß mit einem solchen Konzept jegliche Möglichkeit individueller Suizidnachsorge und gesellschaftlicher Suizidprophylaxe negiert wurde. (Loewenberg 1932; Rost 1932b) Problematisiert wurde auch die Erbforschung auf diesem Gebiet und speziell die Einordnung der Suizidalität als biologisches Merkmal einer Rasse.

Aus den verschiedenen Veröffentlichungen zu dieser Problematik (Rost 1927, S. 32-35; Rost 1932c, S. 90-91) ist für uns heute kaum zu rekonstruieren, ob die Suizidalität bei jüdischen Menschen vor 1933 wirklich höher war als in anderen Bevölkerungsgruppen, schon weil die Zuordnung „Jude“ so different und ungenau gehandhabt wurde. Wissenschaftlich integer arbeitende Forscher, wie Rost (1927) oder Gruhle (1940), kamen jedenfalls zu der Aussage, daß selbst der Nachweis einer höheren Suizidalität bei den Juden kein Rassenmerkmal sein könne, sondern, weil ein historisch erst neu aufgetretenes Phänomen, wahrscheinlich auf ihre problematischen und allgemein als Suizidalität fördernd bekannten Lebensbedingungen zurückzuführen sei, z. B. Wohnen in Großstädten, wirtschaftliche Existenznöte durch vorrangiges Ergreifen von Krisenberufen, daraus resultierend auch Kinderarmut und relativ hoher Anteil älterer Menschen. Man zog das Fazit: „Somit erscheint auch bei den Selbst-

mördern und ihren Nachkommen nicht immer unbedingt jenes verhängnisvolle unabwendbare Schicksal zu herrschen, das von den eigentlichen Erbgeisteskrankheiten bekannt ist. Mehr zu sagen, ist heute nicht möglich. Wir wissen nichts darüber, ob der Selbstmord wirklich ein Entartungszeichen ist, wie oft behauptet wird, ob die Schädlinge der Rasse sich selber dadurch ausmerzen, so wenig etwa andererseits eine verallgemeinernde Verherrlichung des Freitods berechtigt erscheint.“ (Loewenberg 1932, S. 263)

Diese hier vorgestellten politischen Wertungen verliefen parallel und wurden ergänzt durch eine breite Palette einzelwissenschaftlicher Ansätze zur Erforschung der individuellen und gesellschaftlichen Suizidproblematik, auf die in diesem Rahmen nur verwiesen werden kann. (Greither 1939; Hahn 1991b)

2. Suizidalität nach 1933 in der politischen Reflexion: Widerspruch zwischen Logik und Renommee

Die nationalsozialistische Strategie im Umgang mit dem Phänomen Suizid war ein Konglomerat sich widersprechender Bestrebungen. Einerseits ging man die Suizidfrage mit aller Entschiedenheit im Sinne des Euthanasiekonzeptes an, indem man nicht nur allgemein, sondern auch unmittelbar zum Suizid aufforderte: „Häng dich doch endlich auf, Judenhund, worauf wartest du denn noch?“ wurde z. B. Victor Klemperer (1982, S. 183) bei der Gestapo an den Kopf geworfen. Taten diese Menschen es dann, bestätigen sie die These, daß nur „Minderwertige“ sich das Leben nähmen. (Damus 1942; Kallenbach 1942)

Als perverse Umsetzung dieses Vorgehens kann letztlich auch die Praxis der „Vernichtung durch Arbeit“ interpretiert werden, bei der sozial, biologisch und/oder rassisch als nicht leistungsfähig genug angesehene Menschen eine mit noch einem ökonomischen Gewinn für das nationalsozialistische System verknüpfte schleichende Selbsttötungsart, die Arbeit ohne Regenerationsmöglichkeit, auf sich nehmen mußten. Auch ihr Tod galt als Beweis der Minderwertigkeit: „Ist es nicht ein Gewinn für alle, wenn Sieche, die unter oft unsäglichen Leiden ihre letzten Lebensmonate verbringen müssen, bei einem letzten Versuch, ihr Lebensschicksal zu wenden, etwa vorzeitig zugrunde gehen? ... Für einen rettungslos verlorenen Siechen eine schöne Lösung und Erlösung. Ich denke an den Krebskranken, den Tuberkulösen, den

Rheumakranken und andere chronische Leiden ... Damit wäre ein verheißungsvoller Anfang gemacht, um die Auslese und Ausmerze wieder in natürliche Bahnen zu lenken.“ (Kötschau 1938)

Ohne daß dieses spezielle Thema hier näher behandelt werden kann, lassen die vorhandenen Quellen im Militärarchiv Freiburg (Fischer 1985), darunter die Berichte der Beratenden Psychiater und die Protokolle der Verfahren zur Anerkennung von Wehrdienstbeschädigungen, annehmen, daß auch bei der Wehrmacht solche biologistischen Auffassungen zur Suizidalität von Soldaten, deren Verlust demoralisierend wirken mußte, vorherrschten. (Akten der Parteikanzlei der NSDAP 1983, 10302592-95; Beun 1976; Pfäfflin u.a. 1989) Eine Selbsttötung galt daher nur dann als „denkbar und keineswegs unehrenhaft, wenn sich ein Soldat erschießt, um der drohenden Gefangennahme zu entgehen. In Einzelfällen kann auch Verständnis dafür bestehen, wenn unheilbar Kranke oder Schwerstverwundete ihrem Leben ein Ende setzen“ (Akten der Parteikanzlei der NSDAP 1983, 10201588-90). Trotz dieses insgesamt repressiven Umgangs mit suizidalen Menschen wurden einzelne Selbstmorde als Wehrdienstbeschädigung anerkannt, wenn z. B. eine vorbestehende psychische Erkrankung bei der Musterung nicht berücksichtigt oder Anzeichen der Suizidalität vom vorgesetzten Offizier oder dem Truppenarzt nicht ernst genommen worden waren. (Seidel 1991) Einen gewissen präventiven und therapeutischen Spielraum erschlossen sich die Heerespsychologen im Umgang mit Selbstmördern, die in Abgrenzung zu dem negativ besetzten Begriff der Kriegsneurotiker ebenso wie Psychopathen oder Selbstverstümmelter beschönigend zu den sogenannten „Sorgenkindern“ der Wehrmacht gezählt wurden. Brieler (1988, S. 57) konnte feststellen, daß einige Heerespsychologen während der regulären Tauglichkeitsuntersuchungen auf Anzeichen für eine Selbstmordgefährdung achteten, diese psychologisch zu deuten suchten und sich darum bemühten, gescheiterte Selbstmörder wieder einzugliedern. Da die Wehrmachtpsychologie ebenso wie die ärztliche Psychotherapie in jener Zeit ihre gesellschaftliche Legitimation vor allem aus dem Nachweis ihrer Funktionalität für die brauchbaren und gesunden Anteile der Bevölkerung gewann, ist diese Diskrepanz zum medizinischen Euthanasiekonzept nur oberflächlich.

Den Omnipotenzanspruch nationalsozialistischer Machthaber konnte das Mittel Selbstmord zur Durchsetzung des Euthanasieprogramms allerdings nur dann in vollem Umfang befriedigen, wenn sich das betroffene Individuum auf seine „Pflicht“ zur Selbsttötung zurückzog und damit das vorgegebene Menschenbild anerkannte.

All jene – auf entsprechende Beispiele wird noch einzugehen sein –, die mit einer suizidalen Handlung ihr Recht und ihre Freiheit auf Selbstbestimmung dokumentierten, deren Wahrnehmung in der ausweglosen Situation der Betroffenen eben nur noch im Selbstmord bestehen konnte, verweigerten sich mit dem Suizid dem ihnen zugedachten Schicksal der planmäßigen Vernichtung und ergriffen die verzweifelte letzte Möglichkeit einer sie existentiell schädigenden Selbstbehauptung.

Eine andere wesentliche Komponente der nationalsozialistischen Strategie im Umgang mit dem Phänomen Suizidalität bemächtigte sich der Auffassung, daß niedrige Selbstmordziffern ein moralisches Gütekriterium einer Gesellschaft seien. Tatsächlich hatten Emigranten versucht, auch anhand der Suizidrate in Deutschland und von Selbstmorden bekannter Persönlichkeiten nach 1933 die menschenfeindlichen Tendenzen des nationalsozialistischen Staates anzuklagen. (Silva 1934)

Einerseits sollte also das Volk mit Hilfe des Suizids von „Minderwertigen gereinigt“ werden. Konsequenterweise hätte das erhöhte Suizidraten nach sich ziehen müssen. Andererseits sollte eine niedrige Suizidalität der Reputation des Staates dienen. Diesen Widerspruch sollte offenbar ein Runderlaß des Reichsführers SS und Chefs der Deutschen Partei im Reichsinnenministerium vom 28. Februar 1939 (Runderlass 1939) überwinden. Er forderte von den ermittelnden Polizeibeamten, alle Selbstmorde und Selbstmordversuche mit exakter Angabe der Personalien, des Alters, Geschlechts, Wohnorts, der Rassenzugehörigkeit und der Suizidart zu melden und eine Motivkategorisierung aufgrund hinterlassener Abschiedsbriefe und Befragungen der Angehörigen und Umgebung vorzunehmen. Mit dieser ab 1. April 1939 geführten Statistik sollte „die feindliche Lügenpropaganda, die einen ungeheuren Anstieg der Selbstmorde im Reichsgebiet seit Kriegsausbruch verbreitete, schlagend widerlegt“ (Selbstmordstatistik, 98) werden.

Mit diesem Runderlaß wurde erstmals in Deutschland und beispielgebend für andere Länder eine umfassende Suizidstatistik begonnen, die eine unabdingbare Voraussetzung für individuelle Suizidnachsorge, gesellschaftliche Prophylaxe und weitere wissenschaftliche Bearbeitung des Problems hätte sein können. All diese Potenzen wurden aber nicht etwa erst durch den bald beginnenden Krieg mit seinen desolaten Folgewirkungen zunichte gemacht, sondern von vornherein versäumt auszuschöpfen. Es wurde zum Beispiel keine Sektionspflicht eingeführt, um wenigstens den präexistenten naturwissenschaftlich orientierten Forschungsansatz zu fördern. Die

nach zwei Jahren der Umsetzung des Runderlasses vom Reichskriminalpolizeiamt gegebene Auswertung (Selbstmordstatistik) deutet bereits auf wesentliche Probleme hin. So wurden Vergleiche der Suizidraten 1939 und 1940 vorgenommen, die methodisch insofern unzulässig sind, als sich die Bevölkerungszahlen in den als deutsch bezeichneten Gebieten durch die expansive Kriegsführung rapide änderten, ein großer Teil der männlichen Jugend in die Wehrmacht einberufen, damit von der zivilen Selbstmordstatistik nicht mehr erfaßt wurde und insgesamt eine andere soziologische Infrastruktur entstand.

So einleuchtend daher der Nachweis einer Senkung der Suizidalität von 1939 (von dem nur die letzten drei Quartale erfaßt sind) zu 1940 erscheint, weil zu Beginn des ersten Weltkrieges ähnliche Phänomene entstanden (Gruhle 1940), ist angesichts der dargelegten methodischen Einwände eine tendenziöse, ideologische Interpretation offensichtlich.

Problematisch blieb im Runderlaß auch die Motivforschung. Abgesehen davon, daß bereits zeitgenössische Autoren eine fundierte Methodenkritik an jeglicher statistischen Motiverfassung zu üben wußten (Gruhle 1940, S. 70), ging der Runderlaß mit den Rubriken

- wirtschaftliche Notlage,
- unheilbare Krankheit,
- Schwermut bzw. Nervenleiden
- Liebeskummer
- Furcht vor Strafe
- Familienzwickigkeiten
- sonstige Gründe

nicht über die Formulierung des populären Erfahrungsbereiches im Umgang mit Suizidalität hinaus und spiegelte genau die Einstellung wider, daß Selbstmord in erster Linie Kranke und Sieche oder solche Menschen begehen, die härteren Anforderungen des Lebens nicht gewachsen sind.

In den späteren Kriegsjahren wurden keine Statistiken mehr veröffentlicht. Es ist daher bis heute nicht möglich, hinreichende Aussagen zu treffen. Vielleicht stößt man in Archiven auf bisher noch nicht ausgewertete Materialien. Auch ist gerade aufgrund

dieses Runderlasses und anderer Quellen eine Rekonstruktion von Suizidzahlen in begrenzten Regionen möglich, wie das zum Beispiel für die Bevölkerung Leipzigs (Hahn 1991a) oder für die jüdischen Einwohner vieler Städte (Kwiet & Eschwege 1984, S. 340) versucht wurde. In Ausmaß und Modus weitgehend unbekannt wandeln sich aber die Bezugsgrößen der Bevölkerung gravierend, weil der Krieg permanent territoriale und personelle Veränderungen mit sich brachte. Die sich verschiebenden Relationen zwischen Militär und Zivilbevölkerung, der Geburtenrückgang und die damit veränderten Altersstrukturen, der Einsatz von mehreren Millionen ausländischen Zwangsarbeitern in der deutschen Rüstungsproduktion, die im Suizidfall auch polizeilich erfaßt wurden, die Nichtberücksichtigung der Verhältnisse in den Gefängnissen und Lagern, in denen auch mehrere Millionen lebten, läßt jedoch eine Gesamtbeurteilung kaum noch möglich erscheinen. Hinzu kommt, daß in den letzten Kriegsmonaten keine gründliche Polizeiarbeit mehr gewährleistet war. Fast unbekannt ist derzeit auch, wie sich die Suizidbetreuung praktisch vollzog, wie ernsthaft und mit welchen medizinischen Methoden man Entgiftung und Reanimation besorgen konnte und vornahm und ob Suizidpatienten unter dem Argument einer erblichen Geisteskrankheit möglicherweise zwangssterilisiert wurden. So wurde gerade mit diesem eine Widerspruchslösung prinzipiell ermöglichenden Runderlaß die Chance, das im Dritten Reich spezifisch geprägte Phänomen Suizid realistisch abzubilden, vergeben. Es entstand ein Denkraster, das wichtige und einen komplexeren und differenzierteren Zugang erfordernde Bedingungen von vornherein der Reflexion entzog.

Trotzdem finden sich auch in dieser Zeit Zeugnisse fundierter wissenschaftlicher Betrachtung des Suizidproblems, die allein schon wegen ihres vielschichtigen wissenschaftlichen Herangehens eine Kritik des offiziellen Umgangs mit Suizidalität im Dritten Reich darstellten und bewährte Ansätze einer mehrdimensionalen und interdisziplinären Betrachtungsweise tradierten. (Greither 1939; Gruhle 1940)

3. Die Realität: Erfassung und Ignoranz

Im folgenden soll versucht werden, bisher bekanntes Material zur Suizidalität im Dritten Reich von dem sich im Runderlaß widerspiegelnden nationalsozialistischen Denkraster zu befreien und die realen Phänomene zu beleuchten. Dabei muß man sich allerdings wesentlich auf die mittels des Runderlasses gewonnene Statistik

(Selbstmordstatistik) stützen. Aus den übermittelten Daten lassen sich einige wichtige Aussagen profilieren. Bei den Gegenüberstellungen zwischen Juden und Nichtjuden (deren Zahl aus den Gesamtangaben für Deutschland abzüglich der Juden gebildet wurde), mußten die dieser Datenerfassung zugrundeliegenden rassistischen Zuordnungen übernommen werden. Wo das von den methodischen Voraussetzungen her möglich war¹, wurden die statistischen Angaben in zahlreichen Gruppenvergleichen mit dem χ^2 – Test² geprüft.³

3.1. Suizidalität in Deutschland von 1939 – 1945

Bedenkt man, daß vor 1933, ehe also die Verfolgung, Vertreibung und Vernichtung der jüdischen Menschen begann, nur etwa 1% der deutschen Bevölkerung Juden waren (Hadrich 1934) und daß sie bei der Volkszählung 1939 in einer Großstadt wie Leipzig z. B. nur noch 0,6% betrugen (Statistisches Jahrbuch 1938-1945), ist der Anteil der Suizide und Suizidversuche jüdischer Bürger an der Suizidalität in Deutschland überdurchschnittlich hoch. (s. Tab. 2) Gegenüber den verübten Selbst-

Tabelle 2: Selbstmorde und Selbstmordversuche 1939 – 1940

Jahr	Selbstmorde		Selbstmordversuche	
	1939	1940	1939	1940
Deutschland insgesamt	n = 15.806	n = 18.149	n = 5.780	n = 6.163
davon Juden	n = 419	n = 332	n = 88	n = 86
Anteil der Juden an der Gesamtzahl	2,65 %	1,83 %	1,42 %	1,40 %

Tabelle 3: Verhältnis Suizide / Suizidversuche

	Nichtjuden		Juden	
	Suizide	Versuche	Suizide	Versuche
Jahr: 1939	n = 15.387	n = 5.692	n = 419	n = 88
Verhältnis	2,7	1	4,8	1
Jahr: 1940	n = 17.817	n = 6.077	n = 332	n = 86
Verhältnis	2,9	1	3,9	1

morden erscheinen die polizeilich erfaßten Selbstmordversuche insgesamt gering. Das deutet auf hohe Dunkelziffern hin und könnte auch ein Hinweis auf die damals noch sehr bescheidenen medizinischen Hilfsmöglichkeiten sein, die zur Erhaltung des Lebens bei auf Suizid angelegten Handlungen deuten.

Die Situation erweist sich aber für Juden und Nichtjuden unterschiedlich. Sowohl 1939 als auch 1940 kommen auf einen Suizidversuch der Juden signifikant mehr Suizide als bei den Nichtjuden. (s. Tab. 3) Dafür bestehen u. a. folgende Interpretationsmöglichkeiten: Bei insgesamt höherer Suizidalität der Juden ist die Dunkelziffer bei ihren Selbstmordversuchen noch größer als bei den Nichtjuden; medizinische Hilfe wird noch weniger genutzt und/oder gewährt; die Juden legen die Suizidhandlungen von vornherein mit größerer Sicherheit im Hinblick auf den tödlichen Ausgang an. Während sich bei den Nichtjuden das Verhältnis Suizide/Suizidversuche von 1939 bis 1940 signifikant ändert, konnten bei den Juden keine entsprechenden Unterschiede nachgewiesen werden.

3.2. Geschlechtsunterschiede

Zwischen Nichtjuden und Juden bestehen sowohl 1939 als auch 1940 hochsignifikante Unterschiede in der Geschlechterverteilung der Suizidenten. (s. Tab. 4) Während die Nichtjuden mit dem Überwiegen der Männer beim Suizid und dem der Frauen beim Suizidversuch den allgemeinen Erfahrungen der Suizidstatistik entsprechen (Gruhle 1940), weichen die Juden dahingehend ab, daß auch die Suizidhandlungen der Frauen viel stärker auf Sicherheit angelegt wird und damit mit etwa derselben Wahrscheinlichkeit tödlich ausgeht wie bei den Männern. Die Geschlech-

Tabelle 4: Geschlechtsunterschiede

	Suizide				Suizidversuche			
	Nichtjuden		Juden		Nichtjuden		Juden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Jahr: 1939	n=10523	n=4864	n=223	n=196	n=2676	n=3016	n=48	n=40
Verhältnis	2,16	1	1,14	1	1	1,13	1,2	1
Jahr: 1940	n=11800	n=6017	n=171	n=161	n=2528	n=3549	n=25	n=61
Verhältnis	1,96	1	1,06	1	1	1,4	1	2,44

terverteilung ändert sich bei den Nichtjuden von 1939 zu 1940 hochsignifikant dahingehend, daß der Frauenanteil bei Suiziden und Suizidversuchen ansteigt. Die Suizide der Juden zeigen derartige Entwicklungen nicht; bei den Versuchen sind sie auch nachweisbar.

3.3. Altersunterschiede

Der Runderlaß sieht eine Alterskategorisierung vor: bis 14 Jahre; 14-18 Jahre; 18-25 Jahre; über 25 Jahre – in dieser Gruppe erfolgt dann keine weitere Differenzierung. Der kleinen Zahlen wegen wurden deshalb für die Auswertung Gruppen unter 25 und über 25 Jahre zusammengefaßt. (s. Tab. 5). Dabei zeigt sich, daß in beiden Jahren sowohl bei den Suiziden als auch bei den Suizidversuchen hochsignifikante Altersunterschiede bestehen.

Tabelle 5: Altersverteilung

Suizide	Nichtjuden		Juden	
	unter 25 Jahre	über 25 Jahre	unter 25 Jahre	über 25 Jahre
Jahr: 1939	n = 1477	n = 13910	n = 9	n = 410
Verhältnis	1	9,42	1	45,56
Jahr: 1940	n = 1702	n = 16115	n = 2	n = 330
Verhältnis	1	9,47	1	165

Suizidversuche	Nichtjuden		Juden	
	unter 25 Jahre	über 25 Jahre	unter 25 Jahre	über 25 Jahre
Jahr: 1939	n = 1468	n = 4224	n = 6	n = 82
Verhältnis	1	2,88	1	13,67
1940	n = 1722	n = 4355	n = 2	n = 84
Verhältnis	1	2,53	1	42

Bei den Juden liegt 1939 und 1940 der Anteil der über 25jährigen weitaus höher als bei den Nichtjuden. Deren Altersverteilung der Suizide ist zwischen 1939 und 1940 gleich, ändert sich aber bei den Suizidversuchen signifikant durch eine Verschiebung zu den Jüngeren hin. Bei den über 25jährigen Nichtjuden nimmt das Verhältnis Suizid/Suizidversuch von 1939 bis 1940 signifikant zugunsten der Suizide zu. Ein derartiges Phänomen ist für die Juden nicht nachweisbar.

Als Erklärung kommt hier in Betracht, daß die Altersstruktur der jüdischen Population zu diesem Zeitpunkt durch die Emigration der Jüngeren und durch die Kinderarmut schon so verändert ist, daß kaum noch junge Menschen da sind. Bei den Nichtjuden könnten Verzweiflungs- und Hilferufakte der Jüngeren zu Kriegsbeginn diesen Effekt hervorgerufen haben. Trotzdem ist die höhere Suizidalität und die ernsthaftere Ausrichtung von Suizidhandlungen bei den Juden nicht nur auf das Überwiegen älterer Menschen zurückzuführen, sondern ist offenbar auch das Ergebnis unterschiedlicher Motivstrukturen.

3.4. Motivstrukturen

Besonders gravierend sind die Unterschiede zwischen Nichtjuden und Juden 1939 und 1940 sowohl für Suizide als auch für Versuche in der durch den Runderlaß vorgegebenen Motivstruktur⁴. Es zeigt sich, daß Juden sowohl bezüglich des Suizides als auch des Suizidversuchs 1940 gegenüber 1939 keine Veränderungen der unterstellten Motivationen aufweisen. Hochsignifikant erweisen sich dagegen die Entwicklungen in diesen beiden Jahren bei den Suiziden und bei den Suizidversuchen der Nichtjuden. Des weiteren unterscheiden sich die Motivstrukturen zwischen Suiziden und Suizidversuchen hochsignifikant bei den Nichtjuden (in beiden Jahren). Das bedeutet, daß Suizidversuche andere Motive zugrunde liegen als einem Suizid. Bei den Juden sind Suizide und Versuche ähnlich motiviert, was wiederum für eine weitaus ernsthafter angelegte Suizidhandlung bei ihnen spricht. Tabelle 6 zeigt, daß Motive, wie Liebeskummer oder Familienzweist, bei den Juden so gut wie keine Rolle spielen, während die wirtschaftliche Notlage häufiger als bei den Nichtjuden als Motiv angegeben wird. Diese wie all die anderen genannten Phänomene, die jedem aufmerksamen Beobachter offenkundig hätten sein müssen und mit dem damaligen

Methodeninventar der Statistik zumindest prozentual zu erfassen gewesen wären, blieben verborgen, weil sie als irrelevant betrachtet wurden. Welcher Suizid sich in keine Motivkategorie pressen ließ, wurde als „Sonstiges“ abgelegt. Das traf auf über ein Drittel aller Suizide und Suizidversuche jüdischer Menschen zu, ohne daß diese Tatsache Anlaß zum Überdenken des Runderlasses, seiner Motivkategorisierung oder des Umgangs mit dem real existierenden Phänomen Suizidalität gegeben hätte.

Tabelle 6: Motivationsstrukturen (Angaben in Prozent)

Motiv	Suizide			
	1939 Nichtjuden n = 15387	Juden n = 419	1940 Nichtjuden n = 17817	Juden n = 332
1. Wirtschaftliche Notlage	2,7	8,6	1,4	8,1
2. unheilbare Krankheit	18,7	16,2	21,3	17,8
3. Schwermut/ Nervenleiden	38,9	30,5	40,4	25,3
4. Liebeskummer	4,6	0,7	4,0	0,9
5. Furcht vor Strafe	8,5	8,6	9,1	7,2
6. Familienzweist	8,5	1,4	7,3	2,4
7. Sonstiges	18,1	34,0	16,5	38,3

Suizidversuche

Motiv	1939		1940	
	Nichtjuden n = 5692	Juden n = 88	Nichtjuden n = 6077	Juden n = 86
1. Wirtschaftliche Notlage	3,3	18,2	1,9	15,1
2. unheilbare Krankheit	8,8	11,4	8,9	10,5
3. Schwermut/ Nervenleiden	24,5	25,0	23,3	19,8
4. Liebeskummer	13,5	2,3	15,6	4,6
5. Furcht vor Strafe	7,8	7,9	8,6	3,5
6. Familienzweist	22,8	3,4	21,7	9,3
7. Sonstiges	19,3	31,8	20,0	37,2

3.5. Einzelschicksale

Neben diesen durch die Häufigkeiten der polizeilichen Einschätzungen bedingten Unterschieden in den Motivstrukturen zwischen Nichtjuden und Juden ergeben sich aber auch qualitative Differenzen. Ob beispielsweise bei dem Motiv „Liebeskummer“ ein üblicher Partnerschaftskonflikt junger Menschen zugrunde liegt oder die Beendigung einer Beziehung eine Folge dauernder Trennung durch Emigration oder Verschleppung in ein Konzentrationslager darstellte, ob bei „Furcht vor Strafe“ die Androhung von ein paar Tagen Arrest und moralischen Urteilen oder die Vernichtung gemeint ist und ob „Schwermut“ in Form einer Depression im Klimakterium oder infolge massiver Repressalien einsetzt, sind gravierende Unterschiede.

So sind Gipfel der Suizidkurven bei den Juden in den Großstädten Wien (Kwiet & Eschwege 1984, S. 194–215) und Leipzig (Hahn 1991a) nach Pogromen nachweisbar, insbesondere nach der sogenannten Reichskristallnacht, und nach dem Beginn der Deportationen. Dieser unmittelbare zeitliche Zusammenhang zwischen existentiell bedrohlichen Repressionen und Suiziden läßt sich auch anhand konkreter Fallstudien nachweisen. (Busse & Krause 1988, S. 55, 58, 67, 69 u. 70)

So nahmen sich im September 1942 ein Leipziger jüdisches Ehepaar und die Schwester der Ehefrau mit Veronal das Leben. „Auf einer Kommode lagen drei Schreiben, die die Israelitische Gemeinde am 31.8.1942 an die genannten drei Personen gerichtet hatte und wonach alle drei Personen mit anderen am 9.9.1942 evakuiert werden sollten“.⁵ Eine 47jährige jüdische Frau stürzte sich am 8. Dezember 1942 aus dem Fenster ihrer Wohnung im dritten Stock. Sie hatte fünf Tage zuvor eine Postkarte erhalten, sich unter Vorlage ihrer Kennkarte auf der Polizei zu melden. Sie kam dieser Aufforderung nicht nach, sondern gab sich, als ein Beamter des Erkennungsdienstes an der Wohnungstür klingelte, den Tod.⁶

Ähnlich reagierten auch verfolgte Nichtjuden: Am 6. Oktober 1937 erhängte sich ein 55jähriger Geschäftsführer aus Meuschwitz (Thüringen). Im kriminalistischen Untersuchungsbericht heißt es: „Vor dem Selbstmord wurde bei S. eine Durchsuchung nach Schriftmaterial vorgenommen. S. stand in dringendem Verdacht, daß er sich homosexuell betätigt hatte, was inzwischen erwiesen ist. Nachdem ein Brief beschlagnahmt worden war, der Belastendes enthielt, ahnte S. den Grund der Durchsuchung und der anschließenden Vorladung, ohne daß ihm dieser mitgeteilt worden war ...“⁷

Die Zahl der Selbstmorde in Gefängnissen und Konzentrationslagern muß hoch gewesen sein. (Naujoks 1989, S. 218) Die bedrohlichen und Menschen ihrer Bezugspersonen und Existenzbedingungen beraubenden Kriegseignisse trieben ebenfalls manchen in den Tod, was unter anderen politischen Bedingungen vielleicht nicht geschehen wäre: Im Januar 1944 erhängte sich der 49jährige Baumeister und Stadt-oberinspektor des Krankenhauses St. Georg in Leipzig. Der dazu von der Polizei vernommene Verwaltungsdirektor dieser Klinik sagte aus: „Ich selbst kenne E. seit Jahren näher und weiß, daß er in den letzten Wochen durch den Heldentod seines einzigen Sohnes stark erschüttert war. Ich habe immer wieder versucht, ihn aufzurichten und glaubte auch, daß er stark genug sein würde, sein Schicksal tragen zu können. Scheinbar hat ihn aber doch die Nervenkraft verlassen ...“⁸ Zwei Tage später wurde auch die Ehefrau von E. in ihrer Wohnung erhängt aufgefunden.

Der Vollständigkeit halber sei nur am Rande erwähnt, daß auch politisch für „unzuverlässig“ gehaltene Führungskader des NS-Staates zum Selbstmord getrieben wurden (Speidel 1975) und sich nach Kriegsende eine Vielzahl von Nazis, um sich der Bestrafung zu entziehen, oder im Sinne einer politisch negativen Bilanz (Pohlmeier 1980) selbst töteten.

4. Zusammenfassung

Die Suizidalität hat bisher in den Forschungen zur Geschichte des Dritten Reiches kaum eine Rolle gespielt. Wenn auch hinsichtlich ihrer praktischen Realisierung für die Nazi-Ideologen nicht planbar und technokratisch nicht zu lösen, muß die Suizidalität jedoch zumindest theoretisch und hinsichtlich der Schaffung eines moralisch und psychisch bedrückenden Klimas neben der Tötung auf Verlangen und der Vernichtung sogenannt lebensunwerten Lebens als dritte Säule des Euthanasieprogramms begriffen werden. Trotzdem bleiben in der Beurteilung des Phänomens „Suizidalität im Dritten Reich“ derzeit noch viele Fragen offen, insbesondere, was den medizinisch-praktischen Umgang mit Patienten betrifft, die nach einem Suizidversuch lebend vorgefunden wurden. Auch sind noch keine Aussagen möglich, wie hoch die Suizidrate in den späteren Kriegsjahren war. Über mögliche Beeinflussungsfaktoren und Schicksale liegen bisher nur Einzelstudien vor.

Bei allen Einschränkungen, die aufgrund der Methodik der Erfassung der Suizide im Dritten Reich gemacht werden müssen, ist heute sicher, daß die sich in den hochentwickelten Ländern jener Zeit reproduzierende stochastische Größe Suizidalität durch die politischen Ereignisse, insbesondere Verfolgung und Krieg, in Deutschland quantitativ und qualitativ überformt wurde. Besonders deutlich ist das bei den Juden nachweisbar, die eine hohe Suizidalität aufweisen und deren Suizidhandlungen – durch verschiedene Parameter angezeigt – eindeutig mit mehr Sicherheit in Bezug auf den Todeseintritt angelegt werden und hinsichtlich der Motivationen gegenüber den Nichtjuden gänzlich anders strukturiert sind. Aber auch in der Suizidalität der übrigen deutschen Bevölkerung stellen sich mit dem Kriegseintritt qualitative Veränderungen ein, die ebenfalls auf mehr Ernsthaftigkeit und eine andere Motivationsstruktur von 1939 zu 1940 schließen lassen.

Die Nazis betrachteten und behandelten das Phänomen Suizidalität ambivalent. Einerseits Säule ihres Euthanasieprogramms und damit als möglichst hoch bei sogenannten Minderwertigen angestrebt, sollten andererseits menschenwürdige Lebensbedingungen durch eine niedrige Suizidalität bescheinigt werden.

Die Anordnung einer totalen Erfassung jeder suizidalen Handlung war zunächst insofern ein Fortschritt, als nur auf dieser Grundlage über das individuelle Problem hinausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse und gesellschaftlich wirksame Maßnahmen der Vor- und Nachsorge möglich gewesen wären. Die Methodik dieser Erfassung als polizeiliches Programm ist jedoch fragwürdig: Es wurde nicht mit medizinisch-psychologischer Sachkenntnis erarbeitet und realisiert, sondern muß jeden Suizid nur mit dem Denkraster der Naziideologie – ergänzt von Alltagserfahrungen –. Alle sich dagegen sperrenden Phänomene aber ignorierte oder grenzte es aus. So wurden auch theoretische und praktische Potenzen, die sich auf dem damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und dem gesellschaftlichen Organisationsgrad hätten aus dieser Erfassung ergeben können, überhaupt nicht genutzt: Es fand keine über das Ziel der Selbstberuhigung hinausgehende statistische Auswertung statt; es wurde keine Sektionspflicht beigeordnet; es wurden keine Schlußfolgerungen für eine gesellschaftliche Suizidprophylaxe gezogen; und es ergab sich aus dieser Erfassung nur unter Nützlichkeitsaspekten eine individuelle Nachsorge.

Damit zeigt der Umgang mit dem Phänomen Suizidalität im „Dritten Reich“, daß die Machthaber zwar auch diesen Weg, Leben auszulöschen, beschwörten, sich letztlich

aber als unfähig erwiesen, dessen Logik auszuschöpfen. Das Versagen gegenüber menschlichen Dimensionen, die sich damit auch der Beherrschbarkeit entzogen, wurde offensichtlich und bahnte den Weg zu blindwütiger Vernichtung. Es liegt eine besondere Tragik darin, daß zahlreiche Opfer, die von diesem System in den Tod getrieben werden sollten, mit der Selbsttötung ein letztes Mal ihre Geschicke in die Hände nahmen und sich dieser Menschenfeindlichkeit für immer verweigerten.

Anmerkungen

¹ Für die mathematische Beratung danken wir Herrn Dr. F. Piontek vom Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig.

² χ^2 -Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von Alpha = 0,05 und einem Grenzwert von 3,84. (Claus & Ebner 1974, S. 259)

³ Die ausführlichen Rechenergebnisse können bei den Autorinnen angefordert werden.

⁴ Diese werden ebenfalls mit dem χ^2 -Test für die Differenz zweier Häufigkeiten aus unabhängigen Stichproben nach der Formel des χ^2 -Tests geprüft, wobei bei einem Freiheitsgrad von $7-1 = 6$ eine Irrtumswahrscheinlichkeit Alpha = 0,05 mit dem Grenzwert 12,6 festgelegt wurde. (Claus & Ebner 1974, S. 217)

⁵ Staatsarchiv Leipzig, Polizeipräsidium S 2025/10

⁶ Staatsarchiv Leipzig, Polizeipräsidium S 637

⁷ Stadtarchiv Meuselwitz Akte V/4, Nr. 21 „Aufhebung von Toten“. 1.8.25 – 30.6.45, 114-115.

⁸ Staatsarchiv Leipzig, Polizeipräsidium S. 275

Literatur

- Akten der Parteikanzlei der NSDAP. (1983) Rekonstruktion eines verlorengegangenen Bestandes. Hrsg. vom Institut für Zeitgeschichte München. München/Wien u. München/New York/London/Paris.
- Bebel, A. (1979). Die Frau und der Sozialismus. Berlin.
- Beun, G. (1976). Über den Selbstmord im Heer (1940). Neue Rundschau 87, S. 669-674.
- Bevenot, P.H. (1932). Der Selbstmord und seine Ursachen. Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords 1, S. 28-32.
- Binding, K. & Hoche, A. (1920). Zur Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig.

- Brieler, P. (1988). „Sorgenkinder“ in der Wehrmachtpsychologie. *Psychologie & Gesellschaftskritik* 12, 3, S. 51-75.
- Busse, H. & Krause, U. (1988). *Lebenslänglich für den Gestapokommissar*. Berlin.
- Claus, G. & Ebner, H. (1974). *Grundlagen der Statistik*. Berlin.
- Damus, W. (1942). *Der Selbstmord unter besonderer Berücksichtigung der Juden*. Med. Diss., Wien.
- Fischer, H. (1985). *Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945. Organisation, Dokumente und persönliche Erfahrungen*. Bd. 4. Osnabrück, insbes. S. 3576-3577.
- Greither, A. (1939). *Selbstmord und Erziehung. Eine kulturphilosophische, psychologische und pädagogische Studie*. Leipzig.
- Gruhle, H.W. (1940). *Selbstmord*. Leipzig.
- Hadrich, J. (1934). *Die nichtarischen Ärzte in Deutschland*. Dtsch. Ärzteblatt 64, S. 1243-1245.
- Hahn, S. (1991). *Suizidalität im „Dritten Reich“: Theorien, Realitäten und Reaktionen, dargestellt am Beispiel der Stadt Leipzig*. In: *Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte. Kolloquium zum 100. Geburtstag von Henry Ernest Sigerist (1891-1957)*. Protokollband. Hrsg. v. S. Hahn u. A. Thom. Karl-Sudhoff-Institut, Leipzig, S. 174-187.
- Hahn, S. (1991). *Zum Beitrag der Pathologischen Anatomie und Gerichtsmedizin von 1870 bis 1933 in Deutschland für eine Theorie des Selbstmords*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hahn, S. & Thom A. (1983). *Sinnvolle Lebensbewahrung – humanes Sterben*. Berlin.
- Handbuch der kommunistischen Reichstagsfraktion. Berlin 1932.
- Kallenbach, H. (1942). *Der Selbstmord bei den Juden und Judenmischlingen*. Med. Diss., Wien.
- Klemperer, V. (1982). *L T I. Notizbuch eines Philologen*. Leipzig.
- Kötschau, K. (1980). *Der Einfluß des Christentums auf die Stellung und Einstellung des Kranken*. Nürnberg 1938. Auszugsweise in: *Medizin im Nationalsozialismus*. Von W. Wuttke-Groneberg. Tübingen, S. 108-111.
- Kwiet, K. & Eschwege, H. (1984). *Selbstbehauptung und Widerstand. Deutsche Juden im Kampf um Existenz und Menschenwürde 1933-1945*. Hamburg.
- „Lebenshilfe“. *Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Selbstmords in München – Programm*. (1932) *Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords* 1, S. 58-61.
- Loewenberg, R.D. (1932). *Selbstmordforschung und Eugenik. Eugenik – Erblehre – Erbpflege* 2, S. 257-263.
- Mann, E. (1920). *Die Moral der Kraft*. Weimar.
- Mehrmann, J. (1933). *Anstiftung zum Selbstmord und Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Jur. Diss., Heidelberg.
- Naujoks, H. (1989). *Mein Leben im KZ Sachsenhausen 1936-1942. Erinnerungen des ehemaligen Lagerältesten*. Berlin.
- Pfäfflin, F. & Rüb, H. & Göppert, M. u.a. (1989). „Selbstmord“ bei Soldaten: Wehrdienstbeschädigung oder nicht? In: *Medizinische Wissenschaft im „Dritten Reich“*. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät. Hrsg. v. H. van den Bussche. Berlin/Hamburg, S. 359-362.
- Pohlmeier, H. (1980). *Der politische Selbstmord*. Münch. med. Wschr. 122, S. 667-670.
- Rost, H. (1927). *Bibliographie des Selbstmords*. Augsburg.
- Rost, H. (1932a). *Der Selbstmord in den Kulturstaaten der Erde*. *Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords* 1, S. 5-12.
- Rost, H. (1932b). *Wie kann man die Selbstmordneigung bekämpfen?* *Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords* 1, S. 40-45.

- Rost, H. (1932c). Bibliographie des Selbstmords. Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords 1, S. 87-96.
- Runderlass des Reichsführers SS und Chefs der Deutschen Polizei im Reichsministerium des Innern vom 28.2.1939, betreffend polizeiliche Ermittlungen bei Selbstmorden und Selbstmordversuchen; Statistik über Selbstmorde und Selbstmordversuche. In: Sammlung von wichtigen Gesetzesabdrucken und Verordnungen des Deutschen Reiches. Bd. II, Nr. 30. Neuwied a. Rhein o. J.
- Seidel, M. & Zallmann, N. (1991). Die Beurteilung der Wehrdienstbeschädigung bei Suiziden von Wehrmachtsangehörigen. In: Der Arzt als „Gesundheitsführer“. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg. Hrsg. v. S. Fahrenbach u. A. Thom. Frankfurt/M., S. 79-83.
- Selbstmorde im Deutschen Reich im Jahre 1932. (1934). Wirtschaft und Statistik 14, S. 430-431.
- Selbstmordstatistik. Jahrbuch Amt V (Reichskriminalpolizeiamt) des Reichssicherheitshauptamtes SS 1939/1940. O.O. u. o. J., S. 97-99 u. Tab. XVIII-XXIX.
- Silva (o.V.) (1934). Soziale Lage und Ärzteschaft im neuen Deutschland. Internat. ärztl. Bulletin 1, S. 93-99.
- Speidel, H. (1975). Invasion 1944. Ein Beitrag zu Rommels und des Reiches Schicksal. Tübingen/Stuttgart.
- Statistisches Jahrbuch der Reichsmessestadt Leipzig 9 (1938-1945).
- Troschke (o.V.) (1932). Der Selbstmord in Deutschland. Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords 1, S. 12-16.